

RINNOVO RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome Cognome e Nome

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO DI CONTINUARE PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO

la somministrazione in caso di **emergenza** in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da autorizzazione medica.

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

- Si fa presente che è ancora valida la documentazione medica agli atti della scuola
 Si allega certificato del medico di base attestante la prosecuzione dello stato di malattia

Si precisa che la somministrazione del farmaco **è fattibile anche da parte di personale non sanitario** e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si dichiara che il/i farmaco/i sarà/saranno conservato/i _____

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____

"Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi diritti sono disponibili all'indirizzo www.messedaglia.edu.it".

*o altri soggetti esercenti la potestà genitoriale.